

FAX:027-329-6612

記入日 年 月 日

送付先：高崎市医療介護連携相談センターたかまつ

変更届(内容変更 新規追加 掲載削除)

次のとおり、変更がありましたので届け出ます。

| 属性 | 名称 | 電話番号 | 記入者 |
|--------------------------------|----|------|-----|
| <input type="checkbox"/> 医科診療所 | | | |
| <input type="checkbox"/> 病院 | | | |
| <input type="checkbox"/> 歯科診療所 | | | |

※変更のあった箇所のみ記入して下さい。新規追加の場合は全て記入して下さい。

医科診療所・病院記入欄 ○:可能 △:検討中 ×:不可能

| | | | |
|--------|----------------|----------|-----|
| 医療機関名称 | | 〒 | 住所 |
| 代表医師 | | TEL | FAX |
| 診療科 | | | |
| 訪問診療 | ○・△・× | (曜日・時間等) | |
| 往診 | ○・△・× | (曜日・時間等) | |
| 訪問範囲 | (例 診療所から○km以内) | | |

対応可能な在宅医療行為

| | 成人 | 小児 | | 成人 | 小児 | | 成人 | 小児 |
|-------------|----|----|-------------|----|----|----------|----|----|
| 気管カニューレ管理 | | | 麻薬内服疼痛管理 | | | 在宅中心静脈栄養 | | |
| 点滴注射末梢静脈 | | | 麻薬持続皮下注疼痛管理 | | | CVポート管理 | | |
| 経鼻経管栄養の管理 | | | 在宅酸素 | | | 喀痰吸引 | | |
| PEG管理 | | | 人工膀胱管理 | | | 看取り | | |
| 腎ろう膀胱ろう管理 | | | 人工肛門管理 | | | 嚥下機能評価 | | |
| 膀胱留置カテーテル管理 | | | 人工呼吸器管理 | | | 輸血 | | |
| 褥瘡管理 | | | 在宅自己腹膜灌流 | | | | | |

病院記入欄 ○:可能 △:検討中 ×:不可能

受け入れ可能な容体

| | 成人 | 小児 | | 成人 | 小児 | | 成人 | 小児 |
|-----------|----|----|-------|----|----|-----------|----|----|
| レスパイト | | | 呼吸器疾患 | | | 外科・整形外科疾患 | | |
| PEG造設 | | | 循環器疾患 | | | 脳血管疾患 | | |
| CVポート造設 | | | 消化器疾患 | | | 認知症 | | |
| 気管カニューレ造設 | | | 尿路疾患 | | | 血液透析 | | |

※変更のあった箇所のみ記入して下さい。新規追加の場合は全て記入して下さい。

歯科診療所記入欄

| | | | |
|------------|--|-----|-----|
| 歯科診療所名称 | | 〒 | 住所 |
| 担当歯科医師 | | TEL | FAX |
| (小学校区) | (連絡希望日・時間帯) | | |
| 訪問歯科対応 | <input type="checkbox"/> 対応可能 <input type="checkbox"/> 対応不可 <input type="checkbox"/> 検討中 | | |
| 訪問歯科(訪問日) | (曜日) | | |
| 訪問歯科(訪問時間) | (時間) | | |
| 訪問歯科(訪問範囲) | (例 ○km) | | |
| 交通費(金額) | (例 不要、○円など) | | |